

Historia médica y dental

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Motivo de la visita de hoy _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| SÍ | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes dolor de muelas? Si es así, califique el dolor del 1 al 10 (peor = 10) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goza de buena salud? Si no, ¿cómo ha cambiado su salud recientemente? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna enfermedad/operación/lesión grave? En caso afirmativo, describa _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume tabaco a diario? Si es así, ¿cuánto por día? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume alcohol o drogas con fines recreativos? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con el cuidado dental anterior? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? _____ |
| | | Nombre del médico _____ Número de teléfono del médico _____ |

Por favor enumere todas las alergias a medicamentos y/o reacciones adversas: _____

Por favor enumere todos los medicamentos actuales: _____

¿Alguna vez ha tomado estos medicamentos? Zometa Aredia Fosamax Boniva Actonel

SOLO para mujeres:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| SÍ | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás actualmente tomando métodos anticonceptivos? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás amamantando? _____ |

NOTA: Si actualmente utiliza métodos anticonceptivos, es importante que comprenda que los antibióticos pueden interferir con su eficacia. Por favor consulte a su médico.

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes? (marque TODO lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales/úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Adicción | <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza o el cuello |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Quimioterapia o radiación | <input type="checkbox"/> Manejo del dolor |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho o angina | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> EPOC o enfisema | <input type="checkbox"/> Sinusitis/problemas nasales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis bacteriana | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |

Entiendo la importancia de un historial médico veraz para ayudar al médico a brindar la mejor atención posible. He tenido la oportunidad de hablar sobre mi historia con mi médico.

Fecha _____

Firma de la persona que completa la historia _____

Inicial del médico _____

Gracias por seleccionar Missouri Highlands Dental. Si tienes alguna pregunta, dinosla. Estaremos encantados de ayudar.



Missouri Highlands Health Care
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Como centro de atención médica calificado a nivel federal, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige que recopilemos datos de todos nuestros pacientes anualmente.

MHHC no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual, asistencia pública o antecedentes penales.

POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del Paciente: _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: [] M [] F [] Soltero [] Casado [] Viudo [] Divorciado

Dirección de envío _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección física (si es diferente) _____ Condado de residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono residencial _____ Teléfono celular/alternativo _____

Tutor legal (si el paciente tiene 17 años o menos): _____

¿Empleado? [] Tiempo completo [] Tiempo parcial [] No Sin empleador: _____

¿Alumno? [] Tiempo completo [] Tiempo parcial [] No ¿Veterano? [] Sí [] No [] N/A (17 años o menos)

Farmacia preferida _____ Ubicación _____

GÉNERO/ORIENTACIÓN SEXUAL

Identidad de Género (círculo): Hombre Mujer Transgénero (f-to-m) Transgénero (m-to-f)

Género Queer/Cuestionamiento Otro _____ Elige no revelar

Orientación sexual (círculo): Heterosexual/heterosexual Homosexual/Gay Bisexual

Algo más: _____ No sé Elija no revelar

COMUNICACIÓN

Idioma principal: [] Inglés [] Español [] Otro _____ (Indique qué idioma)

** Missouri Highlands tiene recursos disponibles para ayudar a los pacientes que puedan necesitar asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita dicha asistencia, verifique qué tipo de asistencia necesita.

[] Lenguaje de señas [] Asistentes visuales [] Intérprete para (indicar qué idioma) _____

Método de comunicación preferido: [] Teléfono [] Correo electrónico [] Carta [] Portal del paciente

ETNICIDAD

Hispano/Latino No Hispano/Latino

MHHC no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual, asistencia pública o antecedentes penales.



CARRERA

Marque **TODO lo que corresponda:** Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano
 Blanco Asiático Nativo de Hawái Otro isleño del Pacífico Se niega a responder

ESTADO DE LA VIVIENDA

No sin hogar Sin hogar (Sin Vivienda Permanente)
 Transicional (Pasar de un lugar a otro) Otros (hoteles/moteles u otros alojamientos pagados el día de hoy)
 Calle (vivir al aire libre, en un automóvil, vivienda/refugio improvisado) Vivienda pública (vivienda para personas mayores o HUD)
 Duplicar (quedarse con otras personas temporalmente/vivienda inestable) Desconocido

INGRESOS ANUALES

Marque uno LUEGO encierre en un círculo el rango de ingresos anuales en la línea al lado del tamaño del hogar que ha seleccionado.

Tamaño del hogar	Rango de ingresos anuales		
<input type="checkbox"/> 1 ➔	\$0-14,580	<input type="checkbox"/> \$14,581-19,391	<input type="checkbox"/> \$19,392-24,203 <input type="checkbox"/> \$24,204-29,160
<input type="checkbox"/> 2 ➔	\$0-19,720	<input type="checkbox"/> \$19,721-26,228	<input type="checkbox"/> \$26,229-32,735 <input type="checkbox"/> \$32,736-39,440
<input type="checkbox"/> 3 ➔	\$0-24,860	<input type="checkbox"/> \$24,861-33,064	<input type="checkbox"/> \$33,065-41,268 <input type="checkbox"/> \$41,269-49,720
<input type="checkbox"/> 4 ➔	\$0-30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001-39,900	<input type="checkbox"/> \$39,901-49,800 <input type="checkbox"/> \$49,801-60,000
<input type="checkbox"/> 5 ➔	\$0-35,140	<input type="checkbox"/> \$35,141-46,736	<input type="checkbox"/> \$46,737-58,332 <input type="checkbox"/> \$58,333-70,280
<input type="checkbox"/> 6 ➔	\$0-40,280	<input type="checkbox"/> \$40,281-53,572	<input type="checkbox"/> \$53,573-66,865 <input type="checkbox"/> \$66,866-80,560
<input type="checkbox"/> 7 ➔	\$0-45,420	<input type="checkbox"/> \$45,421-60,409	<input type="checkbox"/> \$60,410-75,397 <input type="checkbox"/> \$75,398-90,840
<input type="checkbox"/> 8 ➔	\$0-50,560	<input type="checkbox"/> \$50,561-67,245	<input type="checkbox"/> \$67,246-83,930 <input type="checkbox"/> \$83,931-101,120

CUENTA A PAGAR POR: _____ (Si alguien que no sea el paciente)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

SS# _____ Relación con el paciente _____

Dirección de casa (si es diferente a la del paciente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono residencial: _____ Celular/Teléfono alternativo _____

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO

Gracias por seleccionar Missouri Highlands Health Care. Si tienes alguna pregunta, dinosla. Estaremos encantados de ayudar.



Pautas para las citas dentales en Missouri Highlands

Confirmación de citas

Todas las citas DEBEN confirmarse a más tardar con 48 horas de anticipación. Los consultorios dentales de MHHC intentarán comunicarse con los pacientes, pero en última instancia es responsabilidad del paciente confirmar su cita.

*****Las citas NO CONFIRMADAS serán canceladas*****

Citas perdidas

Primera cita perdida/no confirmada: será reprogramada.

Segunda cita perdida/no confirmada: Se ofrecerán citas de 24 horas durante 6 meses. Tercera cita perdida/no confirmada: No se harán citas durante 12 meses.

Llegada tardía a las citas

Menos de 15 minutos de retraso: el paciente seguirá siendo atendido, pero es posible que no se le proporcione todo el tratamiento planificado.

Más de 15 minutos de retraso: se cuenta como cita perdida y no se proporcionará ningún tratamiento.

*** En caso de que no podamos comunicarnos con usted a su número de contacto principal o correo electrónico, intentaremos comunicarnos con los números alternativos enumerados. Recomendamos incluir contactos alternativos como familiares cercanos o amigos que puedan comunicarse con usted para ayudarlo a confirmar su cita dental. ***

Número de contacto principal del paciente: _____

Dirección de correo electrónico del paciente: _____
(Por favor escriba claramente)

Número de contacto secundario del paciente: _____

Nombre/Relación con el Paciente: _____

Número de contacto alternativo: _____

Nombre/Relación con el Paciente: _____

Consentimiento: Entiendo que Missouri Highlands Health Care utilizará todas las formas de contacto enumeradas en el intento de comunicarse conmigo con respecto a mis citas dentales. Acepto todos los términos descritos en este documento y reconozco que es mi exclusiva responsabilidad confirmar mis citas, llegar a tiempo y aceptar las consecuencias descritas.

Nombre del paciente/tutor (por favor escriba claramente) _____

Firma _____ Fecha _____



autorización y reconocimiento del paciente de Missouri Highlands Health Care

Consentimiento para el tratamiento Por la presente doy permiso a Missouri Highlands Health Care para realizar aquellos procedimientos y tratamientos necesarios para el cuidado completo de mí o de un dependiente de quien soy legalmente responsable.

Autorización y Liberación Autorizo a Missouri Highlands Health Care a divulgar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mí o a mi dependiente durante el período de dicha atención médica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a Missouri Highlands Health Care cualquier beneficio de seguro que de otro modo me correspondería a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o el de mis dependientes. Si el saldo de mi cuenta se envía a una agencia externa para su cobro. Soy responsable de los honorarios de cobro que se deben pagar a dicha agencia. Autorizo al médico/dentista/enfermero practicante/especialista en salud conductual a realizar cualquier tratamiento, administración de medicamentos y terapia que pueda estar indicado en relación con mi atención o la atención de mi dependiente. Entiendo que antes del tratamiento, el personal me dará una explicación completa de los procedimientos involucrados.

Derechos y responsabilidades del paciente También hemos compartido una copia de nuestros Derechos y Responsabilidades del Paciente, para asegurarnos de que conozca sus derechos y responsabilidades.

Consentimiento fotográfico Acepto que un miembro del personal de Missouri Highlands Health Care pueda tomar fotografías mías o de mi dependiente. Las fotografías se utilizarán para registros médicos y para ayudar a evitar el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no será revelada a nadie fuera de Missouri Highlands Health Care a menos que lo exijan las autoridades.

Acerca de nuestro aviso de prácticas de privacidad Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y a obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso. Si elige recibir información de Missouri Highlands Health Care por correo electrónico (por ejemplo, recordatorios de citas), se enviará a través de un servidor seguro. Sin embargo, usted será responsable de la protección de esa información una vez que salga de nuestro servidor.

Recaudación de fondos A menos que usted nos solicite que no lo hagamos, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos, marque la siguiente casilla: Por favor, no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

Marketing A menos que usted nos solicite que no lo hagamos, existen algunas actividades de marketing para las cuales podemos usar su nombre y dirección para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestra práctica. Si prefiere no recibir comunicaciones de marketing de nuestra práctica, marque la siguiente casilla:

No utilice mi información con fines de marketing.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento del paciente _____ Número de seguro social _____

Firma del paciente/representante del paciente _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo (empleado/representante de MHHC) _____

Este consentimiento, autorización y reconocimiento firmados son efectivos hasta que usted, el paciente o Missouri Highlands Health Care finalicen el tratamiento por escrito.



Formulario de permiso para padres de Missouri Highlands Dental

Missouri Highlands Health Care requiere la presencia del consentimiento de un tutor legal durante cada cita para un menor (un niño de 17 años o menos). En caso de que un tutor legal no pueda estar presente, doy mi consentimiento para permitir que las partes (un adulto mayor de 18 años) que se enumeran a continuación acompañen a mi hijo y tomen decisiones médicas en mi nombre según lo requiera la situación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Padre/Tutor Legal _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha